

Johanna Carlsen Solvang

# Hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Aud Elisabeth Witsø

Mai 2021



Johanna Carlsen Solvang

# Hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode

Bacheloroppgave i Vernepleie  
Veileder: Aud Elisabeth Witsø  
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

**Tittel:** Hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode

**Bakgrunn:** Helsetjenesten har i lang tid vært preget av ressursutfordringer som påvirker verdiene i yrkesutøvelsen. De siste årene har rehabilitering av eldre i hjemmet fått mer oppmerksomhet grunnet økt antall eldre i samfunnet, og behovet for å styrke tjenestene gjennom tilpasning etter brukerens preferanser.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å gi et kunnskapsbidrag til hva helsepersonell vektlegger i sitt arbeid med hverdagsrehabilitering, samt hvilken rolle vernepleieren kan inntre.

**Metode:** Kunnskapsgrunnlaget er bygget opp på metoden litteraturstudie med kvalitativ forskningsmetode. Jeg tar for meg fem forskningsartikler, samt annen relevant teori.

**Resultat:** Med utgangspunkt i de fem forskningsartiklene ble tre hovedfunn identifisert. Resultatene fra artiklene blir diskutert nærmere i oppgaven: kjennetegn med tverrprofesjonelt samarbeid, «hva er viktig for deg?» og utfordringer med rehabiliterende tilnærming i hjemmet.

**Konklusjon:** Innovasjon av helse- og omsorgstjenesten er avgjørende for å øke selvstendigheten til eldre i fremtiden. Behovet for å ivareta brukeren og tjenesteyterne er verdifullt for å kunne utgi omsorgsfull og forsvarlig hjelp. Helsepersonell opplever hverdagsrehabilitering som en arbeidsmetode som skaper entusiasme og økt fagkunnskap. I praksis utfordres arbeidsformen grunnet tjenesteapparatets ressursmangler og verdigrunnlag, som kan skape motspill på individ- og systemnivå. Godt tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning påvirker hvor vellykket rehabiliteringsprosessen blir.

**Nøkkelord:** Eldre, hverdagsrehabilitering, helsepersonell, innovasjon

**Antall ord:** 6800

## Summary

**Title:** Home-based rehabilitation as working method

**Background:** The health service has for a long time been characterized by resource challenges that affect the values in the practice of the profession. In recent years, the rehabilitation of the elderly in the home has received more attention due to the increased number of the elderly in society, and the need to strengthen the services through adaptation to the user's preferences.

**Purpose:** The purpose of the assignment is to provide a knowledge contribution to what health personnel emphasize in their work with home-based rehabilitation, as well as what role the learning disability nurse can play in situations.

**Method:** The knowledge base is built on the method literature study with qualitative research method. I'm using five research articles, as well as other relevant theory.

**Result:** Based on the five research articles, three main findings were identified. The results from the articles are discussed in more detail in the assignment, which are: characteristics of interprofessional collaboration, "what is important to you?" and challenges with the rehabilitative approach in the home.

**Conclusion:** Innovation of the health and care service is crucial to increase the independence of the elderly in the future. The need to take care of the user and the service provider is dependent on being able to provide caring and justifiable help. Healthcare professionals experience home-based rehabilitation as a working method that creates enthusiasm and increased professional knowledge. The service apparatus' lack of resources and values make the working method challenging for service providers in practice, which can create counterplay at the individual and system level. Good interprofessional collaboration and user participation affect how successful the rehabilitation process will be.

**Keywords:** Older-people, home-based rehabilitation, Teams` experiance, innovation

**Number of words:** 6800

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	1
<b>Summary</b> .....	2
<b>1.0 Innledning</b> .....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema og vernepleierens relevans.....	5
1.2 Hensikt.....	6
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling .....	6
1.4 Oppgavens disposisjon .....	6
<b>2.0 Teori:</b> .....	7
2.1 Rehabilitering.....	7
2.1.1 Hverdagsrehabilitering .....	7
2.2 Eldre, helseutfordringer og behov for rehabilitering.....	8
2.3 Brukermedvirkning.....	8
2.4 Tjenesteyterens maktrolle.....	9
2.5 Tverrfaglig samarbeid i hverdagsrehabilitering .....	9
2.6 Pårørende og nærpersoner .....	10
2.7 Vernepleierens kjerneroller.....	10
<b>3.0 Metode</b> .....	11
3.1 Litteraturstudie som metode.....	11
3.2 Innledende søk.....	11
3.3 Søkeprosessen.....	12
3.3.1 Søkematrise.....	15
<b>4.0 Resultater og funn</b> .....	16
4.1 Litteratormatrise .....	16
Artikkel 1.....	17
Artikkel 2.....	18
Artikkel 3: .....	19
Artikkel 4.....	20
Artikkel 5: .....	21
4.2 Analyse:.....	22
4.3 Sammenfatning av funn: .....	22
4.3.1 Kjennetegn ved tverrprofesjonelle samarbeidet i hverdagsrehabilitering: .....	23
4.3.2 "Hva er viktig for deg?":.....	24
4.3.3 Rehabiliterende tilnærming i hjemmet:.....	25

<b>5.0 Diskusjon</b> .....	26
5.1 Tidlig hjelp og brukermedvirkning.....	26
5.2 Involvering av familien.....	27
5.3 Tverrfaglig samarbeid og koordinerte tjenester.....	29
5.4 Metodediskusjon og kildevurdering.....	30
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	31
<b>7.0 Litteraturliste</b> .....	33



## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og vernepleierens relevans

Norge står i dag fremfor flere utfordringer innen helsesektoren. Helsedirektoratet (2020) skriver at en aldrende befolkning, lavt antall helsepersonell og økte forventninger av befolkningen, vil trolig øke gapet mellom samfunnet og individet i fremtiden. Regjeringen la frem en strategi i morgendagens omsorg, med visjon om at alle skal få leve et langt og meningsfylt liv, med aktiv og sunn aldring. Et samfunn som legger til rette for at eldre kan bo hjemme. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.11-12). Hverdagsrehabilitering er ikke lovpålagt, men en rehabiliterende arbeidsform som har vist til dokumentert effekt for brukeren, tjenesteytere og samfunnet. Samtidig krever det faglig omstilling av gamle rammer og praksiser, som kan være utfordrende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.24). Dersom det ikke er tilrettelagt i praksis kan yrkesutøverne oppleve å bli «hjelpeløse hjelpere» (Skau, 2017).

Temaet anses som vernepleierfaglig relevans da vi skal veilede og tilrettelegge for mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsnedsettelse. Med å ta utgangspunkt i brukerens ressurser skal vi arbeide kunnskapsbasert for å vedlikeholde og etablere nye ferdigheter. Vi skal samarbeide tett med brukere, pårørende og andre tjenesteytere for å fremme deltakelse, livskvalitet og god folkehelse (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, §§2 og 3). Min arbeidserfaring og for forståelse med demens og ervervet hjerneskade har vist meg at det ofte er lite fokus på kartlegging og systematisk arbeid for å forebygge inaktivitet med eldre. Omsorg fra helsepersonell blir ofte definert fra brukere og pårørende som "å gjøre for" istedenfor "å arbeide med hendene på ryggen". På bakgrunn av dette vil jeg forsøke å bruke oppgaven min til å svare på problemstillingen: *"Hva kjennetegner hverdagsrehabilitering med eldre som bor hjemme?"*

## 1.2 Hensikt

Habilitering og rehabilitering er et høyst relevant tema i dagens samfunn og vernepleierens relevans er ikke like anerkjent som den burde. Hensikten med oppgaven er å få mer innsikt i hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode og hvilke kjennetegn helsepersonell vektlegger som verdifullt i arbeidet. Som kunnskapsgrunnlag benytter jeg relevant teori, pensum og fem utvalgte forskningsartikler som analyseres.

## 1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Oppgaven vil avgrenses til å handle om eldre personer med kronologisk alder på 65 år og opp. Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet senere i livet, og handler om å gjenvinne tapte ferdigheter. Habilitering har hensikt om å lære nye ferdigheter, og er oftest omtalt i forhold til barn, unge og voksne (Helsenorge, 2019). Jeg ønsker derfor å utelukke habilitering i oppgaven. Jeg kommer også til å ekskludere velferdsteknologi, selv om det kan være sentralt i hverdagsrehabilitering. Avgrensningen forekommer på grunn av oppgavens omfang. Fokuset vil ligge på brukerens hjem og nærmiljøet hvor hverdagsrehabilitering blir praktisert.

## 1.4 Oppgavens disposisjon

I kapittel 2 vil teori som jeg ser på som relevant for å besvare problemstillingen bli presentert. I kapittel 3 gjør jeg rede for den metodiske fremgangsmåten til de fem forskningsartiklene og hvordan jeg har kritisk innhentet og avgrenset søkeprosessen. Kapittel 4 presenterer jeg funnene fra de fem forskningsartiklene i en litteraturmatrise, i delkapittel 4.3 legger jeg frem en sammenfatning av de ulike funnene. Kapittel 5 er diskusjonsdelen hvor presentert teori og funnene fra forskningsartiklene drøftes med oppgavens problemstilling. Her blir familie, brukermedvirkning, tverrfaglig samarbeid og koordinerte tjenester sentrale diskusjonsemner. I diskusjonskapittelet skal jeg også diskutere forhold som kan utfordre det å ha hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode. I slutten av kapittelet blir metodediskusjon og kildevurdering presentert. Avslutningsvis blir en konklusjon fremlagt, som blir presentert i kapittel 6.

## 2.0 Teori:

### 2.1 Rehabilitering

Habilitering og rehabilitering er lovpålagt tilbud gjennom helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 (2011). I forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, §1) defineres formålet med tjenesten, som står i samsvar med prinsippene for hverdagsrehabilitering. Hensikten er å bidra til målrettet og planlagt opptrening og/eller vedlikeholde ferdigheter, fordi brukeren skal ha mulighet til å leve et mest mulig selvstendig liv ut fra egne forutsetninger og ønsker (Helsenorge, 2019).

#### 2.1.1 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er et sykdomsforebyggende og helsefremmende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring uansett funksjonsnivå. Det handler om et paradigmeskifte i tenking og grunnleggende holdningsendring fra å spørre «*Hva trenger du hjelp til?*», til «*Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?*» (Tuntland & Ness, 2014, s. 28-29).

Hverdagsrehabilitering arbeider ut fra enkelt individets personlige mål. Sjekkpunktene for SMARTe mål kan bidra til tydelige brukerdefinerte mål. Prinsippene består av fem avgjørende punkter for vellykket rehabiliteringen; Spesifikke, Meningsfulle, Attraktive, Relevant og Tidsavgrenset mål etter brukerens preferanser (Tuntland & Ness, 2014, s.126). I tillegg definerer forfatterne ICF, som er et kartleggingsverktøy over brukerens ressurser og utfordringer, samt hvordan disse påvirker hverandre. Hensikten er å få en oversikt over brukerens totalsituasjon for mer detaljerte tiltaksplaner (Tuntland & Ness, 2014, s.123). Dersom de sentrale prinsippene er opprettholdt hevder Tuntland & Ness (2014) at hverdagsrehabilitering er en vinn-vinn arbeidsform for de involverte, å viser til dokumentert effekt på områdene:

- Brukerens myndiggjøring og autonomi
- Mulighet til å bo hjemme
- Reduserer risiko for fall og behovet for sykehjem
- Støtter IADL-funksjoner og øke livskvalitet
  - IADL-funksjoner vil si aktiviteter som må vedlikeholdes for at vedkommende skal bo selvstendig; matlaging, barnestell, husarbeid m.m.
- Tverrfaglig samarbeid er grunnleggende for å få positive resultater

## 2.2 Eldre, helseutfordringer og behov for rehabilitering

For mange er det å bli gammel et naturlig mål. Kronologisk med alderen forekommer økt risiko for et større sykdomsbilde og legemiddelbruk. Psykiske utfordringer hos eldre kan være ensomhet, depresjon og manglende mestringsevne. Kognitive vansker påvirker ferdigheter eldre trenger for å utføre både enkle og komplekse oppgaver, som læring, problemløsning, regulering av følelser og atferd. Når kognisjonen blir vanskelig, påvirker dette evnen til å mestre vanlige utfordringer i hverdagen (Helsedirektoratet, 2013). Fysisk funksjon omfatter blant annet muskelstyrke, syn, balansesvikt, hørsel og kognisjon. Tap av fysisk funksjon antas å ha sammenheng med inaktivitet. Hvordan funksjonsnivået endres i livsløpet vil være individuelt for de eldre (Helsedirektoratet, 2010). Flere eldre i dagens samfunn opplever i tillegg andre plager som hjerneslag, hoftebrudd og kreft. Eldre har ofte sammensatte utfordringer, men mindre kapasitet til å mestre dem (Tuntland & Ness, 2014)

Det er beregnet at i 2040 vil aldersgruppene 80 år og eldre utgjøre 8% av befolkningen. I antall vil dette være en økning fra 230 606 til nærmere 500 000 personer (Helsedirektoratet, 2020). Befolkningsstørrelse øker nødvendigheten i å se nye organiseringsmetoder og for hvordan vi kan gi god omsorg innen habilitering og rehabiliteringen i fremtiden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007 s.11). Fordi i lengden er det ikke kapasitet til at alle eldre bor på omsorgsboliger eller sykehjem. Omsorgsboligen må derfor «flyttes hjem», slik eldre kan leve trygt i hjemmet så lenge som mulig. For å realisere dette handler det i stor grad om hvordan samfunnet tilrettelegger for en faglig omstilling i helse- og omsorgstjenesten i praksis. (Tuntland & Ness, 2014).

## 2.3 Brukermedvirkning

«Brukermedvirkning vil si at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud» (Lingås, 2013, s. 108)

Brukermedvirkning, også kalt myndiggjøring eller Empowerment bygger på *autonomiprinsippet*. Det handler om enkelt individets rett til å bestemme over eget liv

(Lingås, 2013). Brukerens rettigheter til medvirkning er en menneskerett og fastslått i flere norske helselovgivninger, se pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl) (1999, §3-1). Brukermedvirkning henger tett sammen med prinsippet om samtykke, se pbrl §§ 4-1 til 4-3 (1999). I hverdagsrehabilitering sees brukermedvirkning tillegg i sammenheng med retten til individuell plan (IP) og koordinator, følge forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, §§16-23). IP har som hensikt at hver enkelt person skal få en skreddersydd rehabiliteringsprosess hvor brukeren har full deltakelse på områder dem ønsker å delta på. Det skal fremme rettsikkerhet, personlig ansvar og hverdagsmestring til de eldre. Selv om brukeren takker nei til IP, skal dem tilbys koordinator (Lingås, 2013).

## 2.4 Tjenesteyterens maktrolle

Hjelpere har flere former for makt. Vi har en faglig makt, noe alle vernepleiere har grunnet deres kompetansenivå. Makt kan også komme til uttrykk gjennom personlighet, holdninger og overbevisninger. Respekten for brukere knyttes opp mot at eldre innvilges sine rettigheter i praksis. Myndiggjøring av hjelpetrequende eldre er ikke alltid like enkelt å realisere, grunnet ressursmangler og strenge rammevilkår i virksomheter (Skau, 2017). Skau (2017) skriver at fagfolk ofte tar for gitt at de har rett og plikt til å bestemme over og i situasjoner med brukere. Kvaal (2018) poengterer at eldre har en tendens til å bli umyndiggjort og inntreer rollen som pasient når de får pleie- og omsorgsbehov. Skau (2017) nevner at uavhengig av helsepersonellens fagkompetanse, er den personlige kompetansen like viktig i arbeid med mennesker. Det innebærer at helsepersonell må kjenne seg selv, ha empati og kunne akseptere brukerens virkeligheter og perspektiver.

## 2.5 Tverrfaglig samarbeid i hverdagsrehabilitering

Tverrfaglig samarbeid er et samarbeid mellom flere yrkesgrupper for å ivareta brukeren som helhet. Tidlig tverrfaglig kartlegging av rehabiliteringspotensialet ved brukeren, anbefales for å øke forståelse og samarbeidsevne mellom yrkesgrupper. Samtidig øker det sannsynligheten for å minske gapet mellom de eldre sine forutsetninger og samfunnets krav (gap-modellen), som på sikt reduserer behovet for bistand fra det offentlige. Tjenesteytere bærer preg av å involvere eldre sin solidaritet og følelse av trygghet for å kunne bo hjemme (Normann et al., 2016). Som nevnt i

delkapittel 2.2, opplever eldre å ha sammensatte behov som øker nødvendigheten for IP, kontinuerlig utveksling og refleksjon av den enkeltes bruker helsetilstand. Teamet i hverdagsrehabiliteringen skal ha et konkret innhold, men vil være forskjellig fra person til person (Normann et al., 2016).

## 2.6 Pårørende og nærpersoner

Normann et al. (2016) skriver at hvordan vi mennesker fungerer og har det i hverdagen, vil i høy grad være avhengig av hvem vi har rundt oss. Eldre med sammensatte behov kan oppleve utfordringer med å gjøre seg forstått. Pårørende er ofte en sterk ressurs innen støttenettverket for eldre, både følelsesmessig, sosialt og økonomisk. Det kan samtidig bidra til at tjenesteytere får en mer helhetlig og annerledes forståelse for verdier, målvalg og atferd som kan forekomme (Normann et al., 2016)

Kvaal (2018) understreker også at pårørende kan være overbeskyttende eller overbevise brukeren i målsetninger. Dette kan være målsetninger som innebærer aktiviteter med mindre risiko for fall og ulykker. Påvirkningen kan da ekskludere aktiviteter som er viktig for brukerens rehabiliteringsprosess. For å forebygge dette kan det imidlertid stilles krav til at helsepersonell skal innta en veiledende og motiverende rolle ovenfor pårørende, for å fremme en evidensbasert kunnskap. Evidensbasert kunnskap handler om metoder som er vitenskapelig dokumentert som effektive (Normann et al., 2016). I samhandling med pårørende og familie må tjenesteytere også vise en forsiktighet med å ukritisk dele personlige opplysninger rundt brukeren, på grunn av taushetsplikten. Dette er det lovpålagt gjennom helsepersonelloven (hpl) (1999, §§21-25).

## 2.7 Vernepleierens kjerneverker

Brask, Østby & Ødegård (2017) trekker frem fire kjerneverker som er sentral i vernepleierfaglig arbeid, som partner-, ansvar-, brobygger- og pådriverrollen. Rollene har ulike forventninger, verdigrunnlag og handlingsalternativer. For eksempel blir ansvarsrollen synlig når det kreves å ta avgjørelser som viser handlingsdyktighet etter hpl. (1999, §4). Partnerrollen har fokus på dialog på individnivå for å «spille den andre god». For å innta en god partnerrolle er hjelperens personlige kompetanse

verdifullt. Brobyggerrollen krever samhandling på systemnivå på tvers av fag og profesjoner. I pådriverrollen handler det om vernepleierens kraft som samfunnsmandat. Hvor fokuset er for eksempel på å kjempe for brukerens rettigheter eller mot nedbrytning av funksjonshemmende barrierer (Brask et al., 2017). Lingås (2013) skriver at helsepersonell må se muligheter på individ- og systemnivå for å støtte elde sine rettigheter.

Disse rollene krever økt bevissthet og fleksibilitet med vernepleieren, fordi sammen med lovverk og retningslinjer, skal vi se individet. Brukere har ofte flere rettigheter, avhengig av diagnose, alder, livssituasjon og sosiale forhold (Tuntland & Ness, 2014). Som vernepleier skal vi yte forsvarlig og omsorgsfull bistand etter forsvarlighetskravet, som krever fleksibilitet i rolleforståelser (Skau, 2017).

### 3.0 Metode

Dette kapittelet gjør jeg rede for den metodiske fremgangsmåten til de fem forskningsartiklene og hvordan jeg bygget kunnskapsgrunnlaget til å belyse problemstillingen, *"hva kjennetegner hverdagsrehabilitering med eldre som bor hjemme?"*.

#### 3.1 Litteraturstudie som metode

I tråd med retningslinjene for bacheloroppgaven i vernepleie benytter jeg litteraturstudie som metode. Litteraturstudie er en teoretisk oppgave som innebærer en systematisk søking etter data og materialer, med kritisk vurdering av arbeidet som oppsummeres i et valgt tema. Fordelen med litteraturstudie er at det gir leseren en forståelse med oppdatert informasjon innen det problemstillingen etterspør. En ulempe er at det kan være begrenset med forskning innen temaet, som danner et utfordrende utgangspunkt til å finne relevant forskning (Thidemann, 2019.S.77-78).

#### 3.2 Innledende søk

Jeg startet med innledende og usystematiske søk i Idunn, Oria og PubMed. Målet var å danne meg et overblikk over eksisterende forskning og litteratur til temaet *hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode*. Det bidro til nye perspektiver på

problemstillingen og til å utforme nøkkelord til det systematiske søket. Jeg fikk en forståelse om at det ikke er mye forskning på dette området i Norge, dersom det skal sees fra helsepersonellens perspektiv. Derfor ble søkeord og artikler på engelsk benyttet (se tabell 2 for utdrag av søkeord, s.14).

### 3.3 Søkeprosessen

Et systematisk søk er et omfattende søk som er planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart knyttet til den stilte problemstillingen (Thidemann, 2019, s.82). For å kunne gjennomføre de systematiske søkene dannet jeg meg et rammeverk i arbeidsprosessen. Jeg tok utgangspunkt i Thidemann (2019, s. 82) kapittel 11.2, systematisk litteratursøk.

Det første jeg gjorde var å bruke nøkkelordene fra det innledende søket til å lage et PICO-skjema (se tabell 1, s.12). Skjemaet består av fire kategorier: Patient, Intervention, Comparison og Outcome (Thidemann, 2019, s.82-83). Dette verktøyet bidro til å presisere problemstillingen og identifisere ord som kunne være til nytte i søkeprosessen. Alle elementene i skjemaet ble ikke benyttet, fordi det ikke var hensiktsmessig for oppgaven.

Tabell 1. PICO-skjema

P	I	C	O
Patient	Intervention	Comparison	Outcome
<ul style="list-style-type: none"><li>• Older,</li><li>• Older-people</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tverrfaglig samarbeid</li><li>• Multit-profesjonal rehabilitation team</li><li>• Profesjon</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Teams` experiences,</li><li>• Experience</li></ul>

Videre utviklet jeg inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det ble brukt som et hjelpemiddel for å utelukke eller inkludere relevante forskningsartikler.

Inkluderingskriteriene jeg utarbeidet skulle sikre at artiklene jeg valgte var egnet til problemstillingen. Artikler som omtalte tverrfaglig samarbeid/tverrprofesjonelt samarbeid skulle være synlig i alle fem forskningsartiklene. Jeg ønsket at artiklene var fagfelleverderte artikler, som betyr at de er vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagfeltet. Neste kriteriet var at artiklene skulle ha IMRaD-struktur



(Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon) og være skrevet på norsk eller engelsk, fordi det er språk jeg har god forståelse for. Siste inkluderingskriteriet var bruk av kvalitativ metodebruk, fordi jeg ønsket utdypende perspektiver beskrevet av helsepersonell (Thidemann, 2019). Eksklusjonskriteriene var studier som kun omhandlet brukerperspektiv, rehabilitering og/eller hverdagsrehabilitering utenfor Europa, benyttet kvantitativ metodebruk som fremgangsmåte og artikler publisert før år 2010. Eksklusjonskriteriene var hensiktsmessig til å ekskludere artikler med uønsket kunnskapsgrunnlag for å besvare problemstillingen (Thidemann, 2019).

Under de strukturerte litteratursøkene etter vitenskapelige artikler benyttet jeg ulike søkemotorer på internett. Elektroniske søkemotorer blir kontinuerlig oppdatert, som bidro til nyere forskning og oppdatert informasjon. Bruk av internett krever også god kildekritikk (Dalland, 2018). Derfor benyttet jeg databasene Idunn og Oria som er anerkjent av NTNU og dekker fagområdene som gir relevante forskningsartikler mot problemstillingen. Idunn (2021) er universitetsforlagets digitale plattform for fag- og forskningstidsskrifter. Oria er en database hvor det er mulig å gjennomføre søk i biblioteket sine trykte samlinger av blant annet bøker, artikler og tidsskrifter (NTNU, 2021).

I databasene kombinerte jeg først søkeordene med AND, OR, NOT, og OG, ELLER, IKKE. I søkeprosessen fant jeg det hensiktsmessig å kombinere søkeord 1 og søkeord 2 med «OG», eller «AND». Dette bidro til at artiklene omhandlet begge søkeordene. Det ble alltid benyttet for å gi presise treff mot ønskede litteraturfunn. Jeg unngikk å bruke NOT og ELLER fordi Thidemann (2019, s. 89) skriver at kombinasjonen kan bidra til å utelukke verdifulle treff.

Likevel hadde jeg en lang søkeprosess over flere dager, med flere titalls systematiske søk og ulike ordkombinasjoner, uten ønskede resultater. Søkeordene ble som tidligere nevnt i hovedsak utarbeidet i forarbeidet, samt underveis i det systematiske søket (se tabell 2 for utdrag av søkeord, s.14)

Tabell 2. Utdrag av søkeord som ble benyttet

Norsk	Engelsk
Helsepersonell	Nurse/Nursing
Vernepleier	Disability
Tverrfaglig samarbeid	Quality of life
Rehabilitering	Interdisciplinary collaboration
Hverdagsrehabilitering	Home rehabilitation
Profesjon	Home-based rehabilitation
Eldre	Teams` experiance
Eldre personer	Older
	Older-people

Gjennom hele prosessen hadde jeg problemstillingen, inklusjons- og eksklusjonskriteriene lett tilgjengelig, etter anbefaling fra Thidemann (2019). PICO-skjemaet ble mest benyttet som rammeverk tidlig i søkeprosessen. I søkeprosessen gjorde jeg avgrensninger som vist i søkematriksen i delkapittel 3.3.1, og benyttet ulike ordkombinasjoner som vist i tabell 2. Til tross for avgrensningene, ledet det til over 1000 treff i databasen Oria. Jeg hadde ikke kapasitet til å lese alle artiklene i sin helhet, derfor ble flere artikler ekskludert etter irrelevante overskrifter.

Valgte artikler ble først sjekket om hadde en IMRaD-struktur, var fagfellevurdert og publisert etter år 2010. Videre skumleste jeg metodedelen og resultatdelen, samtidig som jeg benyttet inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Jeg benyttet også sjekklister for kvalitative data etter helsedirektoratet (2016) og sjekklisten til Thidemann (2019, s.90) for å reflektere kritisk over artiklenes relevans. Valgte artikler ble videre lest i sin helhetlige sammenheng gjentatte ganger og utarbeidet i litteraturmatriksen. På denne måten hadde jeg alltid en systematisk oversikt over valgte artiklers innhold. Litteraturmatriksen presenteres i delkapittel 4,1.

En større andel av valgte artiklene omtaler også «nurse» i sin forskning. Jeg måtte parallelt vurdere om artikkelen omhandlet spesifikt sykepleieyrket, eller ble benyttet om en fellesbetegnelse for helsepersonell med høyere utdanning. Kriterier jeg satt var at forskningen skulle være vernepleiefaglig relevant. Derfor er artiklene som omtaler "nurse" blitt kritisk vurdert og ansees som relevant for å belyse og besvare problemstillingen.

### 3.3.1 Søkematrise

På grunn av mange søk uten resultat, har jeg valgt å kun oppgi søkematrise på artikler som ga ønsket resultat. Dette er for en mer oversiktlig og presis søkematrise. Matrisen inneholder kun fire av totalt fem utvalgte artikler jeg har valgt å inkludere i oppgaven. Artikkelen *Nurses`perception of their role in rehabilitation of the older person* (2012), er en artikkel jeg fikk anbefalt og tilsendt fra praksisstedet jeg var student ved tredje året i vernepleiestudiet. Denne ble vurdert på samme måte som de andre artiklene, gjennom strategien til Thidemann (2019, s.90), sjekklister for kvalitative studier fra Helsedirektoratet (2016), samt drøfte artikkelens relevans med veileder.

Søkematrise 1. Database: Idunn

Søkeord	Avgrensninger	Treff	Leste abstract	Inkluderte artikler	Navn
Profesjon <b>OG</b> tverrfaglig samarbeid	2018-2021 Fagområde: helse- og sosialfag	8	4	2	«Medspill og motspill mellom profesjonene tilknyttet hverdagsrehabilitering»  «Hverdagsrehabilitering og tverrfaglig samarbeid; en empirisk studie i fire norske kommuner»

*Søkematrise 2. Database: Oria*

Søkeord	Avgrensninger	Treff	Leste abstract	Inkluderte artikler	Navn
Home rehabilitation <b>OG</b> Teams experiences <b>OG</b> Interdisciplinary collaboration <b>OG</b> Older people	Artikler Engelsk 2011-2021 Fagfelleverdert tidsskrift	1 805	18	1	«Working with `hands-off` support: a qualitative study of multidisciplinary teams` exeriences of home rehabilitation for older people»
Older <b>OG</b> Home-based rehabilitation	Artikler Engelsk 2015-2021 Fagfelleverdert tidsskrift	6405	26	1	«Between ideals and reality in home-based rehabilitation»

## 4.0 Resultater og funn

### 4.1 Litteraturmatrise

I dette kapittelet blir litteraturmatrisene til de fem utvalgte artiklene presentert.

Thidemann (2019, s. 95) ble benyttet som hjelpemiddel. Det ble gjort justeringer på litteraturmatrisen etter egne preferanser. Litteraturmatrisene ble benyttet som et verktøy for å oppnå en helhetlig forståelse og utdypende analyse til videre arbeid. Flere av artiklene hadde omfattende resultatdeler, derfor er presenterte resultater begrenset til å være ansett som relevant til å besvare problemstillingen.

Artikkel 1 Referanse: Norge	Vik, E. (2018). Hverdagsrehabilitering og tverrfaglig samarbeid; en empirisk studie i fire norske kommuner. <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i> , 7.årgang (01/2021, volum 4), s.6-15. Doi: <a href="https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-05">https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-05</a>
Hensikt	Studien presiserer å belyse personalets erfaringer med implementering av hverdagsrehabilitering, med vekt på tverrfaglig samarbeid.
Metode	Studien baseres på empirisk studie med kvalitative undersøkelser, med data fra tre delstudier. Dataen ble analysert med en komparativ analysemetode, som anvendes for å se etter likheter og ulikheter mellom delstudiene. <b>Deltakere:</b> 40 ansatte med ulik erfaring og yrkesbakgrunn. Disse var delt inn i ti fokusgrupper som deltok på gruppediskusjoner. Alle ansatte i teamene og terapeutgruppene i de fire kommunene deltok.
Resultater	Studien viste til to hovedkategorier, som <i>vi møter brukeren sammen</i> og <i>stolthet i hva vi får til</i> . Resultatene viste at deltakerne opplevde en tydelig entusiasme over å arbeide tverrfaglig. De baserte hverdagsrehabiliteringen på å spør brukeren "hva er viktig for deg?". Da fikk tjenesteyterne en oversikt over brukerens ønsker til målsetting og utfordringer i hverdagen. Samtidig opplevde tjenesteyterne en trygghet og mestring, fordi de benyttet hverandres kompetanse til refleksjoner og problemløsninger. For eksempel var det brukere personalet beskrev som "ikke motivert til å trene eller bli selvhjulpen", men fant ut sammen at det egentlig handlet om at brukeren ikke trodde på egne ferdigheter. Et annet eksempel var hvordan tjenesteyterne bidro med miljøarbeid i hjemmet til brukeren for at de skulle oppleve trygghet i hverdagslige aktiviteter. Rammevilkårene de arbeidet under gav dem mulighet til å arbeide etter faglige idealer og opplevde faglig utvikling. Funnene i studien viste at samspill mellom tjenesteytere, pårørende og involverte profesjoner er en vinn-vinn situasjon. Det bidro til bedre koordinerte tjenester og en systematisk tiltaksplan hvor alle arbeidet målrettet for best resultat.
Kvalitet	Forfatteren er ergoterapeut med doktorgrad i emnet eldre og rehabilitering. Hun arbeider innen temaet og har følge Scopus flere publikasjoner av tidsskrifter på temaet rehabilitering og hjemmebasert omsorg. Forfatteren har redegjort for metode, resultat, styrker og svakheter. Med tanke på at innsamlet data er fra fire ulike kommuner med ulik organisering, har alle samme fremgangsmetode og hensikt. Resultatene fra kommunene kommer tydelig frem i studien, og styrkes med funn fra andre studier i Norge og Danmark.
Etikk	De enkelte delstudiene som er benyttet er anbefalt av NSD (Norsk senter for forskningsdata). Deltakere som ønsket å delta meldte seg selv.
Relevans	Hverdagsrehabilitering bygger på å skape mestring og trygghet. Studien belyser personalets erfaringer med implementering av hverdagsrehabilitering, noe som gir funnene ønsket dybde. Personalets erfaringer og studiens funn, illustrerer hvilke kjennetegn som er viktig for positive resultater. Vernepleierens arbeidsområde er relevant for flere av funnene i artikkelen.

Artikkel 2 Referanse: Irland	Burke, K. G. & Doody, O.(2012). Nurses` perception of their role in rehabilitation of the older person. <i>Nursing Older People</i> , 2.årgang (Volum 24), s.33-38. Doi: 10.7748/nop2012.03.24.2.33.c8956
Hensikt	Studien hadde som mål å utforske sykepleierens oppfattelse av deres rolle i rehabilitering av eldre personer.
Metode	Studien benyttet en kvalitativ metode. Datainnsamlingen ble gjennomført med intervju og analysert ved bruk av Colaizzi rammeverk. <b>Deltakere:</b> Ni kvinner hadde sykepleieutdanning, fire av disse hadde videreutdanning innen gerontologi eller rehabilitering av eldre. Alle deltakerne hadde mellom 3-22års erfaring innen rehabilitering.
Resultater	Forfatterne presenterte i sine funn tre hovedtemaer. Det første var <i>samarbeidsteam</i> , som beskriver det tverrfaglige teamet. De presenterer sykepleierens kommunikasjons- og koordineringsrolle med personalet som avgjørende for bistanden brukeren mottar, samt tryggheten og effektiviteten i teamet. Kommunikasjon var den enkeltferdigheten til helsepersonell som var avgjørende for all videre arbeid. Forfatterne fant også at familie og brukeren er viktig for effektivt teamarbeid og fremme brukerens selvstendighet. Brukerens mål kan altså ikke oppnås av en profesjonell gruppe alene, men er avhengig av teamarbeid. Andre hovedtemaet var <i>autonomi og Empowerment</i> , som handler om å ivareta brukerens rolle og støtte dem til å ta avgjørelser knyttet til egenomsorg. Dem fremlegger også at fokuset på Empowerment er viktig for at eldre skal bli selvstendig til den grad det er forsvarlig. Det tredje hovedtemaet var <i>omsorgsfull pleie</i> , som omtalte pasientfokusert omsorg. Noe som innebærer å lære seg å kjenne brukerens behov og ønsker. Familieengasjementet og omsorgen ble erfart spesielt viktig der langvarig rehabilitering kan være utfordrende for brukeren.
Kvalitet	Tidsskriftet er ikke oppført i NDSs tidsskriftregister. Jeg vurderte artikkelen opp mot sjekklister for kvalitative studier og sjekklister til Thidemann (2019, 90). Artikkelens relevans ble også drøftet med veileder, og er derfor blitt inkludert. Forfatteren redegjør for metode, funn og svakheter og styrker i studien.
Etikk	Deltakerne var med frivillig. Godkjent av forskningsetisk komite.
Relevans	Artikkelen omhandler det relasjonelle aspekt av sykepleierens oppfatning av egen rolle i et tverrfaglig rehabiliteringsteam. Studien presenterer også flere funn som anses som verdifull knyttet til min problemstilling, og er overførbart til vernepleierens rolle i hverdagsrehabilitering. Studien er også en Irsk studie, som gjør den relevant til norske forhold.

Artikkel 3: Referanse: Norge	Moe, C.F., Gårseth-Bedbakk, L. & Brinchmann, B. S. (2019). Medspill og motspill mellom profesjonen tilknyttet hverdagsrehabilitering. <i>Tidsskrift for omsorgsforskning, 5.årgang</i> , (01/2019, volum 5), s.1-16. Doi: <a href="https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-01-04">https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-01-04</a>
Hensikt	Hensikten med studien er å få mer kunnskap om faktorer som skaper motspill og medspill i et tverrprofesjonelt samarbeid i hverdagsrehabilitering. Slik at utøvere av hverdagsrehabiliteringen og samarbeidende aktører lettere kan forstå og håndtere spenninger i praksis og få et bedre samspill.
Metode	Studien baseres på sekundæranalyse av empirisk data. Disse dataene er kvalitative data som er innsamlet fra følgeforskningsstudie av en norsk kommunes innføring av hverdagsrehabilitering. Analysene i studien ble gjennomført som en tematisk analyse som identifiserte, analyserte og rapporterte mønster i datamateriale. <b>Deltakere:</b> En vernepleier, sju sykepleiere, tre ergoterapeuter, to fysioterapeuter, fire helsefagarbeidere og to økonomer.
Resultater	Forfatterne identifiserte faktorer som er med på å skape <i>medspill</i> , som er profesjonenes følelse av å bidra til <i>innovasjon</i> av helse- og omsorgstjenesten. Det å arbeide mot et felles mål som var definert av brukeren, istedenfor av teamet skapte en entusiasme blant teamet som påvirket kvaliteten i hverdagsrehabilitering positivt. Den andre faktoren var å <i>arbeide tverrprofesjonelt</i> . Det viste til at samlokalisering bidro til fleksibilitet, økt flyt i kommunikasjonen og en kontinuerlig utveksling av observasjoner og vurdering av den individuelle planen. Det var også viktig at yrkesgruppene var klar over <i>hverandres autonomi og yrkesområder</i> . Det bidro til faglig trygghet i en arbeidsmetode som baserte seg mest på å ta avgjørelser "i situasjonen". Funnene påpekte også at myndiggjøring av brukeren i praksis ikke var like enkelt. Høyt antall ufaglærte, lange oppgavelister, lite tid og fleksibilitet hemmet det rehabiliterende fokuset. Både <i>medspill</i> og <i>motspill</i> kan skape dynamikk som er positivt for mottakeren. Studien utfyller disse faktorene mer.
Kvalitet	Artikkelen er en vitenskapelig publikasjon, og publisert i tidsskrift av omsorgsforskning. Tidsskriftet er godkjent som vitenskapelig publikasjonskanal på nivå 1 hos Norsk senter for forskningsdata.
Etikk	Forfatterne oppgir etisk godkjenning av norsk samfunnsvitenskapelige datatjenester og etisk komite. Alle deltakere har inngitt samtykke.
Relevans	Artikkelen er relevant fordi den poengterer flere sentrale poeng fra teori til praksis. De skriver om viktigheten med samlokalisering, arbeide mot felles mål, ha en felles forståelse og at helsepersonell har en annen faglig tyngde i målsettinger som ikke skal påvirke brukerens valg. Dette er områder jeg ønsker å benytte i drøftingen. Studien er også en norsk studie, som gjør den relevant til norske forhold.

Artikkel 4 Referanse: Sverige	Randström, K.B., Wengler, Y., Asplund, K. & Svedlund, M. (2012). Working with "hands-off" support: A qualitative study of multidisciplinary teams experiences of home rehabilitation for older people. <i>International journal of older people nursing</i> (volum 9, utg.1) s.25-33. Doi: <a href="https://doi.org/10.1111/opn.12013">https://doi.org/10.1111/opn.12013</a>
Hensikt	Å utforske tverrfaglig erfaringer fra hjemmerehabilitering for eldre mennesker.
Metode	Studien benyttet kvalitativ metode. Fokusgruppeintervjuene varte omentrent 45 minutter og ble båndopptatt og transkribert ordrett. <b>Deltakere:</b> Totalt 28 deltakere med syv forskjellige yrker i en kommune i Sverige. Deltakernes alder var mellom 28 til 61 år, og hadde arbeidet i hjemmerehabilitering fra 2 til 7 år.
Resultater	Første hovedtemaet hadde en <i>rehabiliterende tilnærming</i> som fokuserte på å bruke eldre menneskers ressurser for å nå sine mål for rehabiliteringen. Under temaet kom studien inn på to underkategorier, som er <i>gi hands-off støtte</i> og <i>være i hjemmemiljø</i> . Ved å gi hands-off støtte vil brukers evner og ressurser være i fokus. Tjenesteytere skal heller tilrettelegge og utforme hjemmet som hjelpemiddel, slik eldre opplever trygghet for å kunne bo hjemme lengst mulig. Det var også flere deltakere som poengterte at det var verdifullt for de eldre. Den andre hovedkategorien omhandlet å <i>arbeide over faglige grenser</i> . Den bestod av to underkategorier som er, <i>koordinerende ressurser</i> og <i>lære av hverandre</i> . Resultatene viste viktigheten med å være sikre på hverandres yrkesansvar, for å oppnå fleksibilitet og delegerer oppgaver seg imellom. Eldre har ofte sammensatte behov som stiller høyere krav til kontinuerlig utveksling av observasjoner, vurderinger og forslag til tiltak. På denne måten fikk dem benytte teamets mangfoldige kompetanser og ressurser som matchet den eldre personens rehabiliteringsbehov. Det å ha felles kontor til møter og planlegging bidro til bedre tverrfaglig samarbeid. Forfatterne poengterte at det var viktige for positive resultater for rehabilitering i hjemmet.
Kvalitet	Fagfellevurdert tidsskrift. Forfatterne har gjort rede for fremgangsmåte og har kritisk blick på data og resultater.
Etikk	Studie er godkjent av Etikkomiteen for medisinsk fakultet ved Umeå universitet i Sverige og myndigheten for eldreomsorg i kommune. Forfatterne skriver også om etisk behandling av informanter og data.
Relevans	Studien anses som relevant til problemstillingen fordi innsikt i arbeidsmetoden hands-off støtte deler like prinsipper som hverdagsrehabilitering. Det relasjonelle aspekt av tverrfaglig samarbeid kan ses på som overførbart til vernepleierens arbeidsområde. Studien er også en svensk studie, som gjør den relevant til norske forhold.



Artikkel 5: Referanse: Norge	Steihaug, S., Lippestad, J.W. & Werner, A. (2016). Between ideals and reality in home-based rehabilitation. <i>Scandinavian Journal of Primary Health Care</i> . (Vol.34, Issue 1) s. 46-54. Doi: 10.3109/02813432.2015.1132888
Hensikt	Målet med studien var å undersøke hvordan rehabiliteringsarbeid oppfattes og utføres av førstelinje tjenesteleverandører sammenlignet med retningslinjene fra Norges helsemyndigheter.
Metode	Studien benyttet kvalitativ metode; 24 individuelle intervjuer og syv gruppeintervjuer med ansatte og ledere i hjemmebasert tjeneste i Oslo. Data ble analysert ved systematisk tekstkondensering metode, for å beskrive erfaringer innenfor hjemmebasert rehabilitering. <b>Deltakere:</b> Yrkesgruppene som var involvert var sykepleiere, hjelpepleiere, hjemmehjelpere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og sosialt arbeid. Det var totalt 24 personer, 19 kvinner og fem menn, hvor alle hadde mellom fire og 30 års arbeidserfaring. Lederne som deltok var på ulike nivåer og deltok på gruppeintervjuene.
Resultater	Funnene viste til at brukere og pasienter sjeldent blir rehabilitert i hjemmet. Flere yrkesgrupper og ledere uttrykte uenighet ovenfor definisjon og verdier med rehabilitering. Sykepleierne i studien pratet om arbeidsmetoden å <i>arbeide med hendene på ryggen</i> , for å gjøre eldre mer selvhjulpne. Tidsestimat for hver oppgave, begrensede ressurser og strenge krav til arbeidsoppgaver ga begrensninger i rehabiliteringsfokuset. Dersom arbeid ble utført utenfor de gitte rammene måtte det dokumenteres for å få økonomisk kompensasjon. Helsepersonell følte seg derfor ofte presset mellom helsemyndighetenes overordnede retningslinjer og krav, sammenlignet med mulighetene for å oppnå dem i praksis. Deltakerne poengterte også at de ulike tjenestene ofte var på plass, men at dem ikke var koordinert. Deltakerne beskrev tverrfaglig samarbeid i både individuelle- og gruppeintervju som avgjørende for arbeidet. Flere ansatte sa at rehabilitering må sees i sammenheng med andre helsetjenester.
Kvalitet	Fagfellevurdert artikkel. Tidsskriftet er oppført i NDS-tidsskrifter på nivå 1. Forfatterne redegjør for metode, funn, svakheter og styrker i studien. Studien er en del av et større forskningsprosjekt på hjemmebasert rehabilitering i Oslo.
Etikk	Prosjektet ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskap datatjenester.
Relevans	Flere av de andre utvalgte artiklene belyser gode sider med rehabiliterende arbeid, men denne studien belyser også utfordringer i praksis grunnet ressursutfordringer og verdigrunnlag. Dette er poenger jeg ønsker å benytte i drøftingen. Studien er også en norsk studie, som gjør den relevant til norske forhold.

## 4.2 Analyse:

For å få en helhetlig forståelse av resultatene fra de fem presenterte artiklene, har jeg brukt Aveyards tematiske analysemodell som utgangspunkt (Thidemann, 2019, s. 96-99). Jeg startet med å lese gjennom resultatdelen på alle artiklene en gang hver. På leserunde nummer to fargekategoriserte jeg temaer fra resultatdelene for å identifisere temaer som gjentok seg; blå farge for tverrprofesjonelt samarbeid, gul farge synliggjorde temaer som omtalte brukeren, og grønn farge belyste temaer som kunne skape motspill i samhandling mellom profesjoner og brukere. Underveis i leseprosessen fant jeg flere relevante tekstbiter og setninger som jeg noterte i en tabell. Andre leserunden identifiserte jeg temaer som ble ansett som kjennetegn på god hverdagsrehabilitering av helsepersonell. Disse temaene var tverrprofesjonelt samarbeid, brukermedvirkning, koordinerte tjenester, familieengasjement og benytte brukerens ressurser i rehabiliteringen. For ryddige og oversiktlige notater ble dem inndelt etter «artikkel 1», «artikkel 2» og så videre. Denne tabellen blir ikke presentert i oppgaven, men var et hjelpemiddel i analyseprosessen.

I analyseprosessen fant jeg det hensiktsmessig å dele hovedfunnene i tre hovedkategorier, som er; kjennetegn ved tverrprofesjonelt samarbeid, «hva er viktig for deg?» og rehabiliterende tilnærming av hjemmet. Neste steg arbeidet jeg med de tre hovedfunnene i fokus. Resultatdelene fra artiklene ble gjennomgått gjentatte ganger for å finne relevante støttekategorier som er presentert i tabell 3 sammenstillingstabellen, under delkapittel 4.3 (se side 23).

## 4.3 Sammenfatning av funn:

Hvert hovedtema har underkategorier som i hovedsak presenterer de mest relevante datamaterialet basert på de fem valgte artiklene som kunnskapskilde. For en ryddig oversikt presenteres temaene i en sammenstillingstabell (se side 23). Temaene blir videre utdypet og benyttet i diskusjonskapittelet 5.0.

Tabell 3. Sammenstillingstabell

#### Kjennetegn ved tverrprofesjonelt samarbeid

- Koordinerte tjenester
- Fleksibilitet og engasjement
- Ansvarsfordeling
- Trygghet og mestring

#### "Hva er viktig for deg?"

- Pasientfokusert omsorg
- Involvere familie
- Autonomi og empowerment
- Brukermedvirkning

#### Utfordringer med rehabiliterende tilnærming i hjemmet

- "Hands-off" støtte
- Brukerens ressurser og styrker

### 4.3.1 Kjennetegn ved tverrprofesjonelle samarbeidet i hverdagsrehabilitering:

Noe som gjentar seg i de valgte artiklene er den fagutviklingen, engasjementet, tryggheten og mestringsfølelsen teamene opplevde ved å arbeide tverrfaglig. Selv om det var tidskrevende å samhandle og koordinere flere yrkesgrupper, opplevde hjelperne en helhetlig forståelse av brukerens behov (Vik, 2018; Bourke & Doody, 2012; Moe et al, 2019). For eksempel var det episoder hvor personalet beskrev brukerne som at de ikke ønsket å bli selvhjulpne, men gjennom tverrfaglige samtaler fant de ut at det egentlig handlet om brukerens manglende tro på egne ferdigheter (Vik, 2018). Vik (2018) beskriver at teamet sammen ble bedre på problemløsninger. Rehabiliteringens kompleksitet kan altså ikke oppnås av en profesjonell gruppe alene (Vik, 2018; Bourke & Doody, 2012; Steihaug et al., 2016).

I inkluderte studier vises verdien av at ulike yrkesgrupper må kjenne til hverandres autonomi, kunnskaps- og ansvarsområde. Det ga et grunnlag for å lykkes med hverdagsrehabilitering i et samfunn som stadig baserer seg på å må ta "i situasjons avgjørelser" (Moe et al., 2019; Randström et al., 2012). Dermed opplevde tjenesteyterne å bli stilt til ansvar for avgjørelser og må samspille med flere aktører for å oppnå fleksibilitet for forsvarlig bistand (Moe et al., 2019).

Randström et al. (2012) skriver at eldre har ofte sammensatte behov, som stiller høyere krav til kontinuerlig utveksling av observasjoner, vurderinger og forslag til tiltak. Moe et al. (2019) og Randström et al. (2012) skriver om muligheten til å benytte seg av personalets fleksibilitet og teamets kompetanse for vurdering av brukerens individuelle planer. Moe et al. (2019) poengterer også at kommunikasjon er den største enkeltferdigheten til helsepersonell, og er sentral for all videre arbeid. Dette var avgjørende for positive resultater av hverdagsrehabiliteringen.

Bourke & Doody (2012) trekker frem sykepleierens sentrale rolle for koordinering og vurdering av pasientomsorg. Det inkluderte kommunikasjon med brukere, pårørende og instanser for effektivt og tilrettelagt teamarbeid. I funnene til Steihaug et al. (2016) viste det at instansene er ofte tilgjengelig, men ikke koordinert eller at helsepersonell arbeidet mot noe felles mål med brukeren før det hadde gått flere måneder.

#### 4.3.2 "Hva er viktig for deg?":

Hjelperne i valgte studier vektla viktigheten med åpen dialog med brukeren, og sette søkelys på spørsmål som; Hva er viktig for deg?. Dette ga yrkesutøverne en annen tilnærmingen til brukeren. De lærte seg blant annet å kjenne brukerens frykt og håp, som dannet et større grunnlag og forståelse rundt brukerens behov. Samtidig opplevde hjelperne at brukerne oppfattet seg selv som viktig og meningsfylt i prosessen (Vik, 2018; Bourke & Doody, 2012).

I studien til Bourke & Doody (2012) viste resultatene at empowerment var sentralt fordi sårbare eldre risikerer å bli avhengig av tjenester. Det å gi pasientfokuset bistand, la brukerne medvirke sine tjenester og støtte brukerens målsettinger styrket deres mestringsevne. Samtidig ga det tro på egne evner og forebygget deres behov innen helse- og omsorgstjenester (Vik, 2018). Likevel ser vi i funnene til Steihaug et al. (2016) at det ofte hverken er pårørende- eller brukerenmedvirkning involvert i utarbeiding av målsettinger og individuelle planer.

I flere inkluderte artikler beskrev hjelperne at familieengasjementet var viktig for brukeren, spesielt i langsiktige forhold (Vik, 2018; Bourke & Doody, 2012). Moe et al. (2019) viser at myndiggjøring av brukere ikke alltid er like enkelt i praksis, grunnet

høyt antall ufaglærte, lange oppgavelister, lite tid og fleksibilitet. Studien til Vik (2018) viste til et eksempel hvor kartleggingen av brukeren ble gjennomført sammen med familien, nødvendige instanser og brukerens preferanser i fokus. Prosessen forhindret at brukeren måtte legges inn på korttidsavdeling og hadde positiv effekt på brukerens mestringsevne og kommunens økonomi (Vik, 2018). Artikkelen hos Bourke & Doody (2012) presenterer dette partnerskapet betydningsfullt for brukerens empowerment.

### 4.3.3 Rehabiliterende tilnærming i hjemmet:

I noen av artiklene mine er det fokus på individets evner og ressurser, noe som er sentralt for hverdagsmestring. Det omhandler at yrkesutøvere skal avskrive seg hjelperrollen, og heller arbeide med hendene på ryggen, såkalt «hands-off» støtte (Randström et al., 2012; Vik, 2018; Steihaug et al., 2016). Vik (2018) skriver at arbeidsmetoden «å arbeide med hendene på ryggen» kan i praksis oppfattes bokstavelig for flere helsepersonell. Egentlig handler det om å ta brukerens behov på alvor og bygge på brukerens ønsker og ressurser. Det innebærer at personalet skal ha en tilnærming til bruker, familie og ansatte, for at brukerens mål og behov skal styre rehabiliteringen (Vik, 2018).

Randström et al. (2012) viser i sine resultater at hjemmet er beskrevet som et miljø med trygge omgivelser for tjenestebrukeren. Tilrettelegging av hjemmet kan være sentralt for rehabilitering og at brukere skal få bo hjemme så lenge det er forsvarlig. Hos Randström et al. (2012) beskriver dem dette som viktig for å bidra til eldre sin delaktighet i rehabiliteringen. Hjelperne hos Randström et al. (2012) ønsket derfor å utvikle sin kunnskap om aktivitet og mobilitet.

Funnene til Steihaug et al. (2016) viser hvordan yrkesgruppene og ledelsen var uenig om hva og hvordan rehabilitering i hjemmet var. Yrkesgruppene ønsket mer tverrprofesjonelt samarbeid, koordinerte tjenester og ta egne avgjørelser sammen. Moe et al. (2019) skriver også at tjenesteytere så på samlokalisering som svært nyttig for økt flyt i kommunikasjonen og fleksibilitet i arbeidsoppgaver. Vik (2018) trekker også frem muligheten til bedre utveksling av observasjoner, vurderinger og forslag til nye tiltak med samlokalisering for personalet. Likevel informerte rapporter

om at ledelsen ønsket å redusere ansikt-til-ansikt samhandling mellom helsepersonell, fordi det ville øke effektiviteten. Hjelperne uttrykte at høyt antall ufaglærte, lange oppgavelister fra ledelsen og lite tid og fleksibilitet, hemmet det rehabiliterende fokuset i praksis (Moe et al., 2019; Steihaug et al., 2016). Vik (2018) skriver at for å benytte hverdagsrehabilitering som en arbeidsmetode handler det om samspill og holdningsendring på individ- og systemnivå.

## 5.0 Diskusjon

Problemstillingen i denne oppgaven er: *"Hva kjennetegner hverdagsrehabilitering med eldre som bor hjemme?"*. I dette kapittelet skal jeg drøfte problemstillingen min med presentert teori, forskningsfunn og egne erfaringer. Jeg kommer også til å diskutere forhold som kan utfordre hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode opp mot brukermedvirkning, involvere familie, tverrfaglig samarbeid og koordinerte tjenester.

### 5.1 Tidlig hjelp og brukermedvirkning

Som nevnt tidligere er brukermedvirkning en menneskerett og lovpålagt i flere norske helselovgivninger (Helsedirektoratet, 2020). Dette er noe som skal fremme den eldres opplevelse av egen autonomi og integritet, rettsikkerhet og hverdagsmestring som kreves for positive resultater i hverdagsrehabilitering (Lingås, 2013).

Samtlige presenterte artikler tar opp dette temaet på ulike måter. Noen artikler vektlegger å bygge opp en sosial relasjon til brukeren, og andre er opptatt av arbeidsmetoden til helsepersonell. Imidlertid er det fordi alle brukere trenger ulik tilnærming og tilrettelegging for å oppnå god omsorg og myndiggjøring (Empowerment) (Vik, 2018; Bourke & Doody, 2012). Når det gjelder vernepleiere, skal vi nettopp ta valg ut ifra ulike perspektiver for å tilpasse oss brukerens behov. Åpenbart krever dette at vi inntreffer i den kjernerollen situasjonen krever (Brask et al., 2017). Angående Vik (2018) sitt spørsmål «hva er viktig for deg?», kan dette bidra til personellens helhetsforståelse av ulike perspektiver på brukernes målsettinger. Dette kan sees i sammenheng med Tuntland & Ness (2014) teori om en holdningsendring. Dessuten er hverdagsrehabilitering bygget på å gjøre brukeren til en aktiv deltaker,

som tyder på at eldre trenger en aktiv rolle for positiv hverdagsrehabilitering (Normann et al., 2016).

Er det ikke da tankevekkende at hjelpere gjentatte ganger ikke inkluderer brukere eller familie i utarbeidingen av brukerens individuelle plan i rehabiliteringsprosessen, slik Steihaug et al. (2016) beskriver? Artikkelen til Moe et al. (2019) poengterer at myndiggjøring av brukere ikke er like enkelt i praksis, det støttes opp av Normann et al. (2016). Helsepersonell vet i teorien hvordan de skal arbeide for å ivareta brukeren, men ressursmangler utfordrer det målrettede arbeidet mot brukerens mål. Eksempelvis av ressursmangler er lite fleksibilitet, lange oppgavelister, få ansatte og høy grad ufaglærte og tidspress (Moe et al., 2019; Steihaug et al., 2016). Dette kan sees i sammenheng med at Kvaal (2018) poengterer at eldre har en tendens til å bli umyndiggjort og inntrer rollen som pasient, når de får pleie- og omsorgsbehov.

Det kan tenkes at pasienter må overbevise helsepersonell om at hun/han klarer å ha kontroll på eget liv, grunnet maktposisjonen til yrkesutøvere, som Skau (2017) presenterer i teorikapittelet. Selv om forskere stadig presenterer nye funn og kartleggingsverktøy som forteller at brukerens empowerment og brukermedvirkning er avgjørende for fremtidens helsevesen, legges det ikke til rette for at brukere oppnår denne tillitten (Tuntland & Ness, 2014; Skau, 2017). Av egne erfaringer har jeg opplevd at rammebetingelsene på virksomheten setter store grenser for yrkesutøvelsen. Lingås (2013) skriver at helsepersonell må se muligheter på individ- og systemnivå for å støtte Eldres rettigheter. Med andre ord vil det bli en vinn-vinn situasjon dersom alle spiller på lag, som Vik (2018) skriver.

## 5.2 Involvering av familien

I samtlige artikler vektlegges at eldre ser på partnerskapet tjenesteytere har med familien i rehabiliteringsprosessen som meningsfylt (Vik, 2018; Bourke & Doody, 2012). Med en viss sikkerhet er det fordi pårørende er ofte det sterkeste og det mest effektive støttenettverket for en bruker, både følelsesmessig, sosialt og økonomisk. Dette kan bidra til at helsepersonell får en helhetlig forståelse og knytter inn andre perspektiver i sine vurderinger av eldre sin helsetilstand og tiltak (Normann et al.,

2016). Av egen arbeidserfaring har jeg opplevd at pårørende oftest oppsøker og ønsker en dialog med helsepersonell for å sikre gode tjenester til sin familie.

Det kan tenkes at familieengasjement ikke har noen negativ påvirkning. Imidlertid er betydningen av involvering av familien ikke entydig. Kvaal (2018) skriver at pårørende kan påvirke brukerens ønsker, og være overbeskyttende fordi dem vil verne mot risiko for fall og ulykker. Påvirkningen kan da ekskludere aktiviteter som er viktig for brukerens rehabiliteringsprosess. Normann et al. (2016) skriver at helsepersonell i denne sammenheng primært må innta en veiledende og motiverende rolle ovenfor pårørende, for å øke kunnskapsgrunnlaget rundt evidensbaserte tiltak. I samtlige presenterte funn fra forskningsartiklene påpekes allerede utfordringer helsepersonell har med å ivareta brukerens ønsker og behov i møte med de praktiske rammene (Moe et al., 2019; Steihaug et al., 2016). Trolig må tjenesteytere benytte sin personlige kompetanse å inntre en partnerrolle slik de pårørende også opplever å bli ivaretatt.

Når vi samhandler med pårørende vil det være viktig at tjenesteytere viser en forsiktighet med å ukritisk dele informasjon med pårørende. Det kan tenkes at dette byr på utfordringer, dersom pårørende krever opplysninger brukeren ikke har gitt samtykke til (Brask et al., 2017). Som nevnt i teorikapittelet har vernepleiere en plikt i pådriverrollen som samfunnsmandat å ivareta brukerens rettigheter. Primært må helsepersonell klare å balansere taushetsplikten ovenfor pårørende, samtidig som nødvendige helseopplysninger skal innhentes (Brask et al., 2017).

På grunn av vernepleierens yrkesansvar er det viktig å opprette god samhandling med pårørende. I tråd med den faglige- og personlige tyngden vernepleiere har, burde vi være løsningsorientert i møte med utfordringer til pårørende. Det vil kreve en rolleflexibilitet med vernepleieren, for å arbeide med det generelle lovverket som er pålagt, samtidig som vi skal ivareta bruker og pårørendes behov. Det er nærliggende å trekke fram at pårørende er en viktig ressurs for prosessen. Informasjon fra pårørende kan påvirke prosessens rammeverk og være avgjørende for positive resultater. Samarbeid med pårørende vil alltid kreve tid, dersom det skal gi en reell mulighet for refleksjon og tillitt til prosessen. Samtidig kan det være nødvendig for positive resultater.



### 5.3 Tverrfaglig samarbeid og koordinerte tjenester

Som nevnt i teorikapittelet er retten til IP og koordinator lovpålagt. Det har som hensikt å gi en skreddersydd rehabiliteringsprosess etter brukerens ferdighetsnivå og ønsker for å styrke mestringsopplevelser og tryggheten til å bo hjemme (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §§ 16-23).

Samtlige presenterte artikler tar opp kjennetegn som må ivaretas for å oppnå positive resultater i et tverrfaglig samarbeid. Noen artikler vektlegger at yrkesgruppene må kjenne til hverandres kunnskap- og ansvarsområde (Moe et al., 2019; Randström et al., 2012). Like viktig var en holdningsendring hos alle involverte, både på individ- og systemnivå (Vik, 2018). Når det gjelder vernepleiere kan rollen sees på som kompleks. Vi skal være et bindeledd mellom instanser, de eldre og pårørende, som gjør at de eldre opplever kontroll over helsevesenet og helsesituasjon (Brask et al. 2017). Dessuten krever hverdagsrehabilitering en kontinuerlig utveksling og refleksjon av Eldres helsetilstand for tidlig innsats av tiltak og oppfølging (Normann et al., 2016). Angående Moe et al. (2019) påpeker de at samlokalisering for profesjonene bidrar til fleksibilitet i arbeidsoppgaver og flyt i kommunikasjonen blant teamet. Dersom vi ser på tverrfaglig samarbeid i et samfunnsperspektiv, er det åpenbart at yrkesutøvere og hjelpeapparatets utforming må samsvare for å minske gapet mellom de eldre og samfunnet (Tuntland & Ness, 2014). Det kan sees i sammenheng med Skau (2017) beskrivelse av at tjenesteyterne beskriver seg som å bli «hjelpeløse hjelpere» fordi rammebetingelsene ikke er tilrettelagt etter yrkesutøverens utøvelse.

På bakgrunn av dette kan det stille spørsmål mot rapporten Steihaug et al. (2016) viser til i sin studie. Hvor ledelsen ønsker å redusere ansikt-til-ansikt samhandling mellom helsepersonell fordi dem mener det øker effektiviteten. Teorien til Brask et al. (2017) viser at det er det tverrfaglige samarbeidet som utgjør hverdagsrehabilitering til en god arbeidsmetode. Det støttes opp av studien til Moe et al. (2019) som viser til mer likestilte og engasjerte profesjonsutøvere. Studien til Vik (2018) viser at et godt tverrfaglig samarbeid bidro til en bedre og raskere hverdagsrehabilitering. Steihaug et al. (2016) viste til at instansene ofte er tilgjengelig for koordinering, men at de sjeldent blir koordinert før etter flere måneder. Det er ingen selvfølge at alt samarbeid

er godt samarbeid. Bourke & Doody (2012) fremhever at kommunikasjon er den største enkeltferdigheten til helsepersonell, og er avgjørende for all videre arbeid. For selv om å koordinere tjenester kan være tidskrevende (Vik, 2018), er det helt avgjørende for tilrettelagte tjenester og utnytte ressursene vi har i et aldrende samfunn.

## 5.4 Metodediskusjon og kildevurdering

Litteraturstudien er basert på artikler som benyttet kvalitativ metode. Det har som hensikt å få frem helsepersonellens egne humanvitenskapelige forståelse og perspektiver til problemstillingen (Thidemann, 2019, s.76). Innsamlet data er ofte vanskeligere å analysere og krever nøyaktighet. Samtidig er det hvorvidt validiteten (gyldigheten) og overførbarheten av helsepersonellens perspektiver er til andre yrkesutøvere. Dette kan være en svakhet, men samtidig en styrke fordi like resultater kan gi høy reliabilitet. Reliabilitet sier noe om nøyaktigheten av studiens resultat, like resultater gir bedre reliabilitet (Dalland, 2018). Flere like resultatdeler fra artiklene bydde samtidig på utfordringer i drøftingen, fordi det var åpenbart hvilke faktorer helsepersonell vektla.

Artiklene er innhentet fra elektroniske søkemotorer, fordi de blir kontinuerlig oppdatert som bidro til oppdatert informasjon. Samtidig krever søk på internett god kildekritikk. For kvalitetssikring benyttet jeg alltid sjekkliste for kvalitativ forskning fra Helsedirektoratet (2016). Inkluderings- og ekskluderingskriteriene ble også benyttet. Utgivelsesår på litteraturartiklene og geografisk begrensning har vært sentral i vurderingen av reliabiliteten på innhentet data.

Utvalgte artikler skulle være gjennomført i Europa. Begrensninger er satt for å styrke troverdigheten som overførbar til norske forhold. På en annen side kunne jeg fått en større kunnskapsbredde, og andre synspunkter til problemstillingen dersom jeg benyttet større geografisk spredning. Likevel skal det ikke utelukkes at sentrale studier har blitt oversett. Funnene av artikler ga utslag i over 1000 artikler i Oria, som resulterte i at flere artikler ble vurdert og plukket ut gjennom relevante overskrifter. Søkene i Idunn, ga mindre resultater. Noe som resulterte i at alle artiklene ble skimlet og kritisk vurdert.

Tre av de inkluderte vitenskapelige artiklene var skrevet på engelsk, som krevde gode engelskspråklig kompetanse. Ved oversettelse benyttet jeg den digitale ordboken sprakradet og google translate for bedre forståelse. Imidlertid må det tas i forbehold at innholdet kan ha blitt feiltolket og oversatt inadekvat, som kan medføre feil i resultatdelen.

Oppgaven benytter både selvvalgt litteratur og pensumlitteratur. Pensumlitteraturen er fra alle tre årene i studieforløpet mitt på vernepleierutdanningen og er anerkjent av NTNU. Helsedirektoratet og lovdata er kilder jeg benyttet en del. Helsedirektoratet er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet og oppdateres kontinuerlig med bred informasjon innen folkehelse, gir råd til befolkningen, myndigheter og helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2020). Lovdata omtaler regelverk som rettigheter til brukere, helsepersonell og virksomhetene som legger rammeverk for yrkesutøvelsen (Lovdata, u.å). I hovedsak ble disse benyttet fordi de ble oppgitt som primærkilde på andre nettkilder. Jeg ønsket derfor å vurdere data fra den opprinnelige kilden. Uansett kan jeg ikke anta at størrelsen på datagrunnlaget i denne studien er tilstrekkelig for å finne alle mulige svar og forståelser for hva som kjennetegner god hverdagsrehabilitering for eldre. Studien vil imidlertid være et kunnskapsbidrag til å si noe om hvordan hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode innvirker og berører helsepersonell i deres arbeidshverdag.

## 6.0 Konklusjon

For eldre personer kan hverdagsrehabilitering være et verktøy som forebygger og/eller vedlikeholder psykiske-, kognitive- og fysiske funksjoner. Forskningsfunnene belyser flere konkrete kjennetegn som helsepersonell vektlegger med arbeidsmetoden. For å oppsummere er tverrfaglig samarbeid verdsatt og nødvendig. Tverrfaglig samarbeid skapte en entusiasme, fagutvikling og trygghet blant personalet for arbeidet dem utførte. Dette bidro til at helsepersonell blir mer løsningsorientert sammen og gir bedre tilrettelagte tjenester.

Endring av tankesett og holdninger mot hverdagsrehabiliteringens kjennetegn bidro til at tjenesteyterne enklere arbeidet ut fra enkelt individets personlige mål.

Myndiggjøring av eldre ble enklere fordi hjelperne fikk en annen tilnærming til

brukeren, som bidro til forståelse fra de eldre sitt perspektiv. Når eldre ble inkludert i utarbeidelsen av IP ble det både en helsegevinst for brukeren og det bidro til et bedre samarbeid mellom profesjonene. Dette fordi de arbeidet mot et felles mål som var utarbeidet mot de eldre sine ønsker og behov. Det å ta de eldre sine ønsker på alvor var et sentralt poeng for å øke hverdagsmestringen og selvfølelsen av kontroll over eget liv. For å støtte til dette var inkludering av pårørende ofte ønsket av brukere. Selv om det er tidskrevende og vil kreve en rolleflexibilitet av vernepleiere, vil det være nødvendig fordi pårørende ofte har verdifull informasjon som kan være en sterk ressurs i prosessen.

Vernepleiere kan bidra på flere områder, både med teoretisk-, yrkesspesifikke og personlig kompetanse. For eksempel kan vi inntre en rolle som koordinator for å sikre oppfølging og samordning av tjenestetilbud til en IP, eller vi kan inntre en partnerrolle som krever aktiv lytting og spille de eldre gode. For å fremme innovasjon av helse- og omsorgstjenesten, krever det at tjenesteapparatet og tjenesteytere vektlegger samme verdigrunnlag. Med andre ord er tjenesteytere avhengig av støtte og tillitt fra systemet for å utøve hverdagsrehabilitering som en effektiv arbeidsmetode. Kunnskapsgrunnlaget jeg har oppbygget gjennom bacheloroppgaven setter hverdagsrehabilitering i et positivt lys. Ved å øke bevisstheten på kjennetegnene ved hverdagsrehabilitering, vil det kunne bidra til at eldre bor lengere hjemme, har økt livskvalitet og gi en økonomisk gevinst for samfunnet.

## 7.0 Litteraturliste

Brask, O.D., Østby, M. & Ødegård, A. (2017). *Vernepleierens kjerneroller* (2.utg).  
Bergen: Fagbokforlaget

Burke, K. G. & Doody, O.(2012). Nurses` perception of their role in rehabilitation of the older person. *Nursing Older People*, 2.årgang (Volum 24), s.33-38. DOI: 10.7748/nop2012.03.24.2.33.c8956

Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg). Oslo: Gyldendal akademisk

Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (FOR-2019-03-15-411) Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411#KAPITTEL_1)

Helsebiblioteket. (2016, 3. Juni). Sjekklistor. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2010, 22. April). Ivaretagelse av fysisk funksjon. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/kjennetegn-og-utfordringer-ved-palliasjon/ivaretagelse-av-fysisk-funksjon>

Helsedirektoratet. (2013, 01. Juni). Kognitive vansker. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/12.hva-er-en-psykose/symptomer/kognitive-vansker>

Helsedirektoratet. (2020, 23. januar). Dette gjør helsedirektoratet. Hentet 28. Mai 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet>

Helsedirektoratet. (2020, 09. Juli). Demografiske endringer og konsekvenser for omsorgssektoren. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020-arsrapport-2019/demografiske-endringer-og-konsekvenser-for-omsorgssektoren>

Helsedirektoratet. (2020, 27.september). Kapasitetutfordringer i fremtiden. Hentet 15. Mai 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-av-tilbud-til-horselshemmede/utfordringer-og-behov-for-videre-innsats/kapasitetsutfordringer-i-fremtiden>

Helsenorge. (2019, 12.September). Habilitering og rehabilitering. Hentet 10.Mai 2021 fra <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/habilitering-og-rehabilitering/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011. (Prop 1 (2007-2008) kapittel 9. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/sartrykk-av-st.prp.nr.1-kapittel-9.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?ch=3>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonelloven (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Idunn. (2021). Om Idunn. Hentet 22. April 2021 fra <https://www.idunn.no/info/om>

Kvaal, B. (2018). Vi har ikke tro på de eldre, vi gjør dem til pasienter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4 (nr1), s.2-5. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-02>

Lingås, G.L. (2013). *Ansvar for likeverd*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Lovdata. (u.å). Om lovdata. Hentet 28. Mai 2021 fra [https://lovdata.no/info/om\\_lovdata](https://lovdata.no/info/om_lovdata)

Moe, C.F., Gårseth-Bedbakk, L. & Brinchmann, B. S. (2019). Medspill og motspill mellom profesjonen tilknyttet hverdagsrehabilitering. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5.årgang, (01/2019, volum 5), s.1-16. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-01-04>

Normann, T., Sandvin, J.T. & Thommesen, H. (2016). *Om rehabilitering. Helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset*. (3.Utg.) Oslo: Kommuneforlaget

NTNU. (2021). Hva er Oria?. Hentet 22. April 2021 fra [https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/search?vid=NTNU\\_UB](https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/search?vid=NTNU_UB)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Randström, K.B., Wengler, Y., Asplund, K. & Svedlund, M. (2012). Working with “hands-off” support: A qualitative study of multidisciplinary teams experiences of home rehabilitation for older people. *International journal of older people nursing* (volum 9, utg.1) s.25-33. Doi: <https://doi.org/10.1111/opn.12013>

Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser* (5.Utg.).Oslo: Cappelen Damm

Steihaug, S., Lippestad, J.W. & Werner, A. (2016). Between ideals and reality in home-based rehabilitation. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. (Vol.34, Issue 1) s. 46-54. Doi: 10.3109/02813432.2015.1132888

Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget

Tuntland, H. & Ness, N. E. (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal

Vik, E. (2018). Hverdagsrehabilitering og tverrfaglig samarbeid; en empirisk studie i fire norske kommuner. *Tidsskrift for omsorgsforskning, 7.årgang* (01/2021, volum 4), s.6-15. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-05>



